

THÈSE

391

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

GRAUR Jancou

Né le 16 Mars 1908, à Braïla (Roumanie)

**Quelques considérations sur l'étiologie
et la
prophylaxie de l'accouchement prématuré**

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V°)

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

GRAUR Jancou

Né le 16 Mars 1908, à Braïla (Roumanie)

Quelques considérations sur l'étiologie et la prophylaxie de l'accouchement prématuré

Président de Thèse : M. COUVÉLAIRE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V^e)

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD .. . Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD .. . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME ...{ Obstétrique.
 LANTUEJOUL.(

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT .. Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Cli-
 nique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.
 ECALLE Clinique obstétricale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER ... Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de filiale affection.

A MA CHÈRE FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MA TANTE ET A MON ONCLE

Avec ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

A mon Maître M. DEVRAIGNE
Accoucheur de la Maternité de Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous prodigua ses conseils
avec tant d'amabilité. Témoi-
gnage de vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE STRASBOURG

INTRODUCTION

Importance du problème. — Les enfants prématurés font la plus grande proportion des morts dans les dix premiers jours et jouent un rôle important dans la mortalité infantile.

Pour voir quelle est l'importance de la mortalité des prématurés, il faut envisager le problème sous deux faces :

1° Proportion de la mortalité des prématurés dans la mortalité infantile.

2° Proportion de la mortalité des prématurés suivant leur âge, c'est-à-dire d'après leur poids.

1° Proportion suivant laquelle les prématurés entrent dans la mortalité infantile :

En 1920, M. le professeur Couvelaire, à la clinique Baudelocque, sur 3.021 enfants nés vivants, a eu 103 morts avant le dixième jour, donc 3 %. Sur ces 103 morts, il y a eu 84 prématurés, donc 83 %.

D'après les statistiques des Etats-Unis portant sur un grand nombre d'enfants (Woodbury, *Causal factors*

in infant mortality, 1925, page 17), les causes de la mortalité infantile sont :

Prématurés	5.2
Toxémies gravidiques	8.2
Syphilis	2.6
Malformations	4.1
Traumatismes	3.7
Causes inconnues	30.2

En Allemagne, d'après Engel et Behrend, la mortalité infantile à Dortmund, en 1926, sur 600 cas, était due à la prématurité dans le premier mois dans 64 % des cas et dans la première année suivant la proportion de 14 %.

En somme, les prématurés entrent pour une proportion de 80 % dans la mortalité infantile avant le dixième jour.

Mais tous les prématurés ne sont pas des débiles. Dans le pronostic de la prématurité, à côté de la question d'âge, il entre en ligne de compte aussi la maladie de la mère ayant causé l'accouchement prématuré. Comme preuve, on a le fait que la mortalité dans les dix premiers jours est beaucoup plus grande pour les prématurés de cause médicale, que pour les prématurés de cause obstétricale.

2° Proportion de la mortalité des prématurés suivant leur âge.

M. Lacomme (*Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, article *Nouveau-né, Débilité congénitale*) :

Les enfants plus petits de 1.500 grammes meurent dans la proportion de 76 %.

Les enfants, de 1.500 à 1.800 grammes, meurent dans la proportion de 55 %.

Les enfants, de 2.000 à 2.500 grammes, meurent dans la proportion de 9 %.

Heinecke, dans une statistique faite pour la ville de Francfort (*Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung*, 1927, n° 11), donne les chiffres suivants :

Prématurés d'un poids plus petit que 1.500 grammes, décès 68 %.

Prématurés d'un poids entre 1.500 et 2.000 grammes, décès 43 %.

On voit donc que la chance de survie des prématurés augmente considérablement avec leur âge.

DEFINITION

L'accouchement prématuré est la naissance d'un enfant avant le terme, c'est-à-dire avant le neuvième mois de la vie intra-utérine, mais viable, c'est-à-dire après le sixième mois. Donc, l'accouchement prématuré s'étend entre le 180^e jour de la vie intra-utérine et le terme de la grossesse, c'est-à-dire le 275-280^e jour.

Ce qui le différencie de l'avortement, c'est que l'enfant est viable et peut s'adapter à la vie extra-utérine.

Les tests d'après lesquels on peut reconnaître si un accouchement a été prématuré, sont le poids de l'enfant et sa longueur. On peut objecter que le poids de l'enfant peut varier avec le poids et la taille des parents. Mais Pinard (Rapport au X^e Congrès international d'hygiène et démographie de Paris, 1900) dit que la taille des parents peut expliquer le plus mais pas le moins. Preuve : Il a recherché le poids moyen des enfants chez les femmes symphysiotomisées, c'est-à-dire chez des femmes ayant une taille au-dessous de la moyenne, et le poids moyen était de 3.358 grammes. Même constatation faite par Olshauses au Congrès de Moscou chez les enfants nés par césarienne des femmes rachitiques.

Ainsi donc, le poids des enfants nous servira comme test de l'âge de l'enfant à la naissance.

Voici les poids du fœtus à diverses étapes de la vie intra-utérine :

Fin du 6^e mois : Longueur, 35 cm. Poids, 1.000 gr.

Fin du 7^e mois : Longueur, 40 cm. Poids, 1.800 gr.

Fin du 8^e mois : Longueur, 45 cm. Poids, 2.250 gr.

Fin du 9^e mois : Longueur, 50 cm. Poids, 3.250 gr.

PROPORTION D'ACCOUCHEMENTS PREMATURES

Dans les recherches que nous avons faites à Lari-boisière, dans le service de M. Devraigne, nous avons trouvé les chiffres suivants :

Sur 2.502 accouchements de l'année 1933, il y a eu 449 accouchements prématurés.

Sur 2.800 accouchements de l'année 1934, nous avons trouvé 471 accouchements prématurés.

Donc, sur 5.302 accouchements, il y a eu 902 accouchements prématurés, donc 17,30 % du nombre total d'accouchements.

Ces accouchements prématurés se répartissent de la façon suivante :

A 6 mois, il y en a eu.....	39
A 6 mois et demi	61
A 7 mois	93
A 7 mois et demi	82
A 8 mois	304
A 8 mois et demi	341
	920

ETIOLOGIE

Remarques générales

Comme pour la mortalité précoce, l'importance des causes de l'accouchement prématuré sont variables suivant les pays.

Plus un pays aura une organisation sanitaire développée, plus la population sera éduquée au point de vue médical, moins il y aura de mortalité précoce et les causes de l'accouchement prématuré seront dans des proportions différentes.

Donc, si on peut dresser une liste universelle des causes, qui peuvent provoquer l'accouchement prématuré, valable pour tous les pays, on ne pourra pas dresser une liste qui permettra d'apprécier l'importance absolue et la proportion exacte d'une cause déterminée.

Prenons comme exemple la syphilis, qui provoque un grand nombre d'accouchements prématurés. Si, dans une région quelconque, par manque d'organisation sanitaire, de dispensaires ou d'éducation médicale de la population, la syphilis existe dans une forte proportion, et dans une autre dans une faible proportion par une meilleure organisation sanitaire, il est évident que la proportion des causes qui provoquent l'accouchement prématuré ne sera pas la même dans les deux régions.

Nous diviserons les causes qui provoquent l'accouchement prématuré en trois groupes : A) Causes médicales; B) Causes obstétricales; C) Causes sociales.

A) CAUSES MEDICALES

a) *Syphilis*. — La syphilis est une des causes les plus fréquentes qui provoquent l'accouchement avant le terme.

D'après M. Couvelaire elle est cause d'accouchement prématuré dans 20 % des cas.

Ngu-Yen-Hai (Th. Paris, 1931) la signale dans 62 % des cas. De même, Saint-Fuscien (Th. Paris, 1931), se basant sur l'association hypertrophie-placentaire + prématurité = syphilis.

Nous avons trouvé à la Maternité de Lariboisière sur 920 cas d'accouchement prématuré, seulement 55 cas de syphilis certaine, constatée par examen de l'enfant, signes de syphilis en évolution comme la malade 1.034 (de l'année 1933) avec des plaques muqueuses ou roséole (malade 1.733 de l'année 1933), donc 6 % de syphilis certaine. Mais si on prend en considération les faits où le poids du placenta est en disproportion avec le poids de l'enfant, nous avons trouvé 293 cas, donc à peu près 30 % du nombre d'accouchements prématurés.

b) *Tuberculose*. — M. Lacomme, pour 1.000 femmes examinées, trouve dans 55 % des cas des enfants plus petits de 3.000 grammes. Le chiffre généralement admis

est de 40 %. Mais les tuberculoses évolutives provoquent l'accouchement plus prématurément que les torpides.

D'après Roussy (Th. Paris, 1933), la tuberculose entre dans la proportion de 7,2 % des cas provoquant l'accouchement prématuré.

Nous ne l'avons trouvée signalée que dans 9 cas sur 920 accouchements prématurés, donc dans une proportion bien moindre : de 1 %.

c) *Toxémies gravidiques.* — Nous avons trouvé l'albuminurie comme cause d'accouchement prématuré dans 28 cas sur 920. L'albuminurie trouble toujours profondément le développement du fœtus par la diminution du champ de l'hématose.

Or, depuis longtemps, on connaît les bons effets du traitement par le régime lacté, surtout depuis 1873, par les travaux de M. Pinard et les travaux de Tarnier.

Par un examen anté-natal, si on trouve de l'albumine, il faudra instituer le régime lacté et lacto-végétarien.

De plus, il faudra faire des examens répétés des urines pour voir si l'albumine disparaît ou s'accroît et quelle est la cause de cette albuminurie (néphrite, etc.).

M. Couvelaire dit que sur 84 cas de mort du fœtus chez des femmes albuminuriques, avec œdèmes et tension artérielle augmentée, seulement dans 3 cas le traitement prophylactique a été appliqué sans résultat. L'application systématique du traitement renverse les proportions.

Parmi les autres causes médicales, nous avons trouvé

les affections *cardiaques* dans trois cas et la *pyélonéphrite* dans un seul cas.

Il y a encore une affection qui en France ne provoque qu'exceptionnellement l'accouchement prématuré, à cause de son absence; c'est le paludisme. Dans les pays à *paludisme*, il est une des causes les plus fréquentes de l'accouchement prématuré. L'hématozoaire a pu être décelé chez le fœtus aussi. En Roumanie, par exemple, dans un seul département (Ilfov), il y a 16.875 paludéens. D'après Gall, il provoque l'accouchement prématuré dans 50 % des cas. Il y a une mortalité élevée de nouveaux-nés, et le reste sont des débiles, prédisposés au rachitisme, tuberculose et affections nerveuses. On peut traiter les femmes par la quinine, même pendant la grossesse.

B) CAUSES OBSTETRIQUES

a) *Insertion vicieuse du placenta.* — L'insertion vicieuse du placenta provoque l'accouchement prématuré par hémorragie, rupture prématurée des membranes et par insertion basse du placenta. Séropian, sur 1.614 accouchements prématurés, trouve 575 insertions basses, donc le tiers. Le surmenage joint ses effets sur l'insertion vicieuse du placenta, pour interrompre la grossesse, de sorte que la prophylaxie devra porter sur cette cause provocatrice qui est le surmenage. Nous avons trouvé dans 9 cas l'insertion vicieuse du placenta.

Les autres causes obstétricales sont : la rupture prématurée des membranes, l'accouchement gémellaire que

nous avons trouvé dans 19 cas sur 920, l'hydramnios dans 10 cas, 5 cas de fibromes et 2 cas d'endométrite.

C) CAUSES SOCIALES

Sur 920 accouchements prématurés, nous avons trouvé la cause seulement dans 379 cas. Le reste doit vraisemblablement être attribué à des causes sociales. Parmi ces causes, une des plus importantes est le surmenage pendant la grossesse.

a) *Surmenage*. — Le surmenage est un facteur d'autant plus important que notre statistique s'adresse à la clientèle des maternités de Paris, qui est formée, dans sa majeure partie, par des ouvrières, qui, pour des nécessités sociales, sont obligées de travailler jusque près du terme de leur grossesse.

« C'est à l'obstétricie française que revient l'honneur d'avoir établi le rôle du surmenage sur la durée de la grossesse. Ce sont les conditions modernes de l'existence qui ont donné au surmenage l'importance qui s'affirme et s'accroît de jour en jour. Même avant, sous le règne de Louis XI, on connaissait le rôle du surmenage pendant la grossesse, car un édit ordonnait aux corporations de traiter les femmes pendant leur grossesse « en très grande douceur et repos ». Mais, jusqu'au XVIII^e siècle, date de la naissance de la grande industrie, la production était rudimentaire et limitée aux besoins locaux. Au point de vue protection on n'avait pas à s'occuper du travail des femmes, chaque travailleur étant propriétaire de son outillage.

Mais depuis le XVIII^e siècle, la production s'étant accrue dans des proportions considérables, les moyens de communication se ramifiant et l'ouvrier devenant salarié, on s'est vu dans l'obligation d'assurer à la femme travailleuse une protection pendant la gestation et d'étudier à fond le rôle du surmenage sur la grossesse. » (D'après M. Lévy-Sohal, Rapport à l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles, septembre 1919.)

Au XVII^e siècle, Guillemeau conseille à la femme de se faire porter en litière les premiers mois, d'éviter les exercices violents et le trop grand travail, et le repos à partir du neuvième mois.

Mauriceau, dans son « Traité des maladies des femmes grosses », en 1740, recommandait le repos pendant les deux dernières mois.

Mais celui qui montra complètement le rôle du surmenage sur l'évolution de la grossesse, fut Pinard, suivi par ses élèves. Sur une statistique portant sur 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, les enfants pèsent en moyenne 3.000 grammes. Sur 500 femmes ayant séjourné aux dortoirs de la clinique Baudelocque, les enfants pèsent en moyenne 3.366 grammes, donc une différence de 366 gr. « Presque toutes les femmes recueillies et soignées au refuge de l'avenue du Maine, viennent accoucher dans mon service à Baudelocque; or, nous n'avons pas tardé à reconnaître que la plupart des enfants de ces femmes étaient remarquables par leur développement. Et chaque fois que, lors de ma visite, je m'arrêtais près d'un berceau,

pour faire constater combien l'enfant qui y reposait était beau, presque toujours on me répondait : « C'est un enfant du refuge », ou « C'est un enfant du dortoir », ce qui voulait dire c'est un enfant dont la mère a été soignée et recueillie soit au refuge, soit au dortoir. » (Pinard.)

En 1898, Bachimont, dans sa thèse, sur une statistique portant sur 4.445 cas, démontre que chez les femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, le poids des enfants avait 341 grammes de moins que le poids des enfants dont la mère s'est reposée pendant la grossesse.

De même on peut montrer l'influence du surmenage sur la grossesse par la profession de la mère. Par exemple, cette statistique publiée par la Maternité de Bucarest pour les années 1921-1923 :

Profession -- Pourcentage des prématurés

Ouvrières	21,21 %
Employées	18,07 %
Servantes	16,55 %
Ménagères	16,55 %
Blanchisseuses	13,09 %

D'après cette statistique, on voit que plus le travail de l'ouvrière est pénible et nécessite un travail debout, plus le pourcentage des prématurés est grand.

De toutes ces données, on déduit que la durée de la gestation dépend du travail accompli par la femme

pendant la grossesse. Plus le travail est pénible, plus la durée de la gestion sera raccourcie.

« Chez les expulsés prématurément, le surmenage est le coup de vent qui fait tomber les fruits verts. » (Pinard.)

C'est pour cette raison, parmi d'autres, qu'on s'est vu dans l'obligation de protéger la femme ouvrière enceinte par des lois de protection de la maternité.

Mais en plus de la femme ouvrière des usines, il existe encore les ouvrières travaillant à domicile et les ouvrières du milieu rural. Pour ces dernières surtout il n'existe pas de lois de protection. Dans le milieu rural la femme prend une part importante dans les travaux des champs et aux soins quotidiens qu'exige le bétail. Et si, dans nombre de familles, c'est la nécessité qui exige le travail de la femme enceinte, il existe aussi bon nombre de familles aisées, où le travail des femmes pendant la grossesse ne s'explique que par l'ignorance. La surveillance médicale n'est pas encore répandue dans le milieu rural et les médecins ont souvent beaucoup de peine pour obtenir un examen clinique ou une analyse d'urines, même dans le milieu aisé (MM. Debré et Joannon). Par exemple le cas cité par MM. Debré et Joannon dans leur livre « La mortalité infantile et la mortinatalité » : Une fermière brayonne, atteinte d'œdèmes et d'albuminurie, ignore qu'en l'absence des phénomènes douloureux, un examen médical soit nécessaire et accouche prématurément d'un enfant débile qui meurt quelques jours plus tard. Ou bien cet autre exemple : Une femme au terme de sa grossesse, bien qu'elle

souffre déjà des coliques utérines, se lève afin d'aider une vache à vèler.

Par conséquent, si, pour les ouvrières des villes, il y a des nécessités économiques qui forcent les femmes à travailler pendant les derniers temps de la grossesse, pour les campagnardes c'est surtout l'ignorance et l'avarice. C'est surtout contre l'ignorance des conditions de l'hygiène de la grossesse, qu'il faut lutter, par une propagande persévérante.

b) *Alcoolisme*. — L'alcool a une grande affinité pour les organes glandulaires : prostate, liquide prostatique, sperme chez le père. Chez la mère, l'alcool absorbé pendant la grossesse passe dans le liquide amniotique du fœtus, et M. Nicloux a montré que la teneur en alcool de ce liquide est dans le rapport de 5 et 6 avec celui du sang. La teneur en alcool est égale dans le sang de la mère et le sang du fœtus.

D'après les expériences de Stockard et Miss Craig sur les cobayes, il résulte que l'hérédité alcoolique paternelle a une influence prépondérante sur la procréation en produisant des morts-nés, avortement ou stérilité. Mais l'alcoolisme maternel produit dans 25 % des cas des prématurés. D'ailleurs, le fait est connu que les enfants des alcooliques sont plus petits et débiles que les autres. Par exemple le fait rapporté par Langstein (*Einfluss des Alk. auf das Wachstum, Internat. Monatschrift*, 1899, in *Alcoolisme*, par Legrain) : les dames de Vienne eurent un moment la passion des chiens minuscules. L'observation a montré que les chiennes alcooliques

sées mettaient bas des petits tout rabougris. Un industriel, s'emparant de ces données, fabriqua, grâce à l'alcoolisation, des chiens de plus en plus petits.

c) *Saturnisme*. — L'intoxication par le plomb se transmet également au fœtus. Porak, intoxicant des chiennes avec du carbonate de plomb, constata l'existence du plomb dans les viscères du fœtus. Le plomb, par conséquent, traverse le placenta.

Constantin Paul, dans deux statistiques, montra les effets graves du saturnisme sur la procréation. L'influence du père saturnin est aussi indéniable que celle de la mère. Statistique concernant le père : 86 avortements (61 %), 5 morts-nés, 45 vivants avec débilité congénitale, dont 20 morts au cours de la première année et 15 dans la seconde; donc, 15 seulement ont survécu.

Statistique de Constantin Paul concernant la mère : Il y a eu 54 avortements ou accouchements prématurés (77 %), 7 morts-nés (10 %), 2 morts de débilité congénitale et seulement 7 normaux.

Justin Ballard (Thèse de Paris 1877) montra, à la clinique Baudelocque, que, sur 13 femmes saturnines ayant eu 56 grossesses, il y a eu 26 avortements, 9 accouchements prématurés et 21 à terme.

De même, cette observation de M. Comby : Une femme saine et vigoureuse, ayant épousé un homme sain, non alcoolique, met au monde des enfants sains. En se mettant ultérieurement à manier du plomb, toutes ses grossesses futures aboutissent à des avortements,

accouchements prématurés ou enfants chétifs mourant dans la première année.

Le plomb se fixe dans l'organisme par la voie digestive, et non par la peau. Pour se défendre contre l'intoxication saturnine, il faudra se laver les mains tout de suite après le travail et ne pas manger avec les mains souillées avec les produits contenant du plomb.

De même, l'intoxication mercurielle et par le sulfure de carbone produisent des avortements ou accouchements prématurés.

a) *Intoxication tabagique.* — La gravité existe seulement dans le cas d'intoxication de la mère. Livon montre qu'une femme ayant 14 grossesses, a eu 7 grossesses normales. Se mettant après à travailler dans une manufacture de tabacs, aucune des 7 grossesses ultérieures n'a pu être menée à terme.

PROPHYLAXIE DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

La prophylaxie de l'accouchement prématuré cherche par des moyens d'ordre médical et social d'empêcher l'accouchement de se produire avant le terme, ou tout au moins de chercher à faire que l'accouchement se produise le plus tardivement possible, car les chances de survie de l'enfant s'accroissent avec la durée de la vie intra-utérine.

On cherchera donc, par une prophylaxie rationnelle,

à augmenter la durée de la vie intra-utérine du fœtus et obtenir des enfants aussi viables que possible. Ce qui importe pour cette prophylaxie c'est la notion de la cause. Mais pour combattre ces causes, il faut les reconnaître à temps et c'est pour cette raison qu'il y a grande nécessité de développer les consultations pré-natales. De même, il faut faire l'éducation médicale des femmes, qui, dans certains cas, même si elles ont la possibilité de se faire examiner avant l'accouchement, ne le font pas, par l'ignorance des dangers.

Par conséquent, le problème de la prophylaxie de l'accouchement prématuré présente deux parties : 1° Une partie médicale, avec les moyens de dépister et de traiter les maladies provoquant l'accouchement prématuré ; 2° Une partie sociale, avec les moyens de protection de la maternité et les moyens éducatifs, qui doivent faire connaître aux futures mères la nécessité de se faire examiner avant l'accouchement et les dangers du surmenage.

A) PROPHYLAXIE MEDICALE DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Par prophylaxie médicale, nous entendons la prophylaxie des causes de l'accouchement prématuré, qui nécessitent la collaboration constante du médecin avec l'accoucheur.

La surveillance médicale de la femme enceinte est

un des devoirs de la société. Même dans l'antiquité, où les lois étaient peu libérales pour les femmes, on ménageait les femmes enceintes. En Chine et Indochine on interdisait d'abuser du travail des femmes enceintes. En Grèce, à Rome, la maison de la femme enceinte était considérée comme un lieu d'asile pour les criminels. Actuellement, on doit faire profiter la femme enceinte de tous les progrès de la science.

Pour traiter convenablement toutes les maladies pouvant provoquer l'accouchement prématuré, il faut d'abord les dépister. Pour cette raison il y a nécessité de développer et encourager les *consultations prénatales*. Les consultations prénatales sont avantageuses non seulement pour les femmes malades, mais encore pour les femmes saines, car on peut leur donner des conseils d'hygiène de la grossesse. Mais par consultations prénatales nous n'envisageons pas seulement une consultation obstétricale, car comme nous l'avons vu, les causes provoquant l'interruption de la grossesse avant le terme sont d'ordre médical, obstétrical et social. Si, pour les causes sociales, les consultations prénatales ne peuvent agir que par des conseils, par contre elles peuvent beaucoup contre les causes médicales et obstétricales.

Les consultations prénatales doivent envisager le rapport de la grossesse avec l'état général de la femme. Un examen complet de tous les organes de la femme est donc nécessaire et on pourra de la sorte dépister la syphilis, tuberculose, albuminurie, insertion vicieuse du

placenta, etc. Il n'y a plus à démontrer le bienfait du traitement de ces maladies dépistées à temps. Nous allons le montrer pour la syphilis.

C'est pour ces raisons que les consultations doivent être encouragées, comme on le fait dans plusieurs départements, avec des primes, et, de plus, être rendues obligatoires pour toutes les femmes qui sont appelées à bénéficier de l'assistance médicale gratuite pour leur accouchement ou du bénéfice de l'assistance des femmes en couches.

Ce contrôle prénatal doit être consigné sur une fiche individuelle, où on est tenu au courant des divers examens, pouvant de la sorte exercer un contrôle sérieux et poursuivre le traitement adéquat.

Contre l'albuminurie et les affections obstétricales, on poursuivra l'examen suivant les méthodes habituelles. Contre la syphilis il faut faire un examen spécial pour la dépister, car avec le surmenage, ce sont les deux causes essentielles de l'accouchement prématuré.

Dépistage de la syphilis

Comme nous l'avons dit, les consultations prénatales ne sont pas un simple examen obstétrical, ayant seulement en vue l'issue de l'accouchement et pouvant être fait par une sage-femme, mais un examen complet de tous les organes; pour dépister la syphilis dans les

maternités, il faut faire la collaboration entre l'accoucheur et le médecin.

I. *Accoucheur.* — a) Femme enceinte : Rechercher l'hydramnios, par l'interrogatoire le nombre des avortements, fœtus morts, macérés, etc...

b) Au cours de l'accouchement : rapport entre le poids du placenta et le poids du fœtus, examen du nouveau-né.

II. *Médecin.* — a) Pour la syphilis en évolution il recherchera le chancre, les accidents secondaires cutanés, adénopathie, etc...

b) *Syphilis ancienne. Sérologie.* — Dans la syphilis ancienne, le B. W. est positif dans 65 % des cas et, dans l'hérédo-syphilis tardive, dans 15-20 %. Il faudra faire par conséquent un examen du sang. En cas de résultat positif, il a toute la valeur, mais un B. W. négatif ne veut rien dire. En cas de B. W. négatif, si on a quelques doutes, il faudra faire une réactivation par la méthode de M. Milian.

c) *Syphilis héréditaire.* — Triade d'Hutchinson, déformation du squelette, front olympien, nez en lorgnette, en selle, etc...

Il faudra faire examiner les femmes à partir du troisième mois, et pratiquer systématiquement chez toute femme enceinte une réaction de Wassermann.

A Vienne, la mairie offre, lors de la naissance d'un

enfant, 40 shillings à toute femme qui fait, dans les quatre premiers mois de sa gestation, procéder à un examen du sang, et c'est pourquoi la syphilis congénitale joue un rôle insignifiant, à Vienne, dans la mortalité infantile.

Par conséquent, par le moyen des primes, on pourra amener les femmes à se faire examiner le sang (B. W.) pendant les premiers mois de la grossesse. De la sorte on pourra procéder à un traitement précoce, qui rendra les meilleurs résultats, comme nous allons le montrer tout de suite.

Résultats du traitement antisyphilitique

Si on veut voir le rôle du traitement antisyphilitique, il suffit de se rapporter à la statistique suivante, pour les années 1919-1922, faite par M. le Professeur Couvelaire à la clinique Baudelocque, et concernant les rapports de la syphilis et la mortalité infantile.

Mortalité fœtale :

A) Syphilis maternelle non traitée :

a) Contractée pendant la gestation : 70 %.

b) Contractée avant la gestation : 65 %.

c) Syphilis ancienne : 20 %.

B) Syphilis maternelle traitée :

a) Contractée pendant la gestation : 30 % au lieu de 70 %.

b) Contractée avant la gestation : 15 % au lieu de 65 %.

c) Syphilis ancienne : 8 % au lieu de 20 %.

Donc les meilleurs résultats sont obtenus lorsque la syphilis est traitée avant la procréation.

Nous avons trouvé les résultats suivants dans le dispensaire annexe de la Maternité de Lariboisière dirigé par M. Sauphar :

Pendant les années 1933 et 1934, 97 cas de syphilis traitée ont pu être suivis. Sur ces 97 cas, il y a eu 12 cas de syphilis traitée avant et pendant la gestation et 86 cas de syphilis traitée seulement pendant la gestation.

Sur les 12 cas de syphilis traitée avant et pendant la grossesse, il y a eu 11 bons résultats, c'est-à-dire enfants à terme et sans aucune lare apparente de spécificité et seulement 1 cas d'accouchement prématuré à 8 mois.

Sur les 86 cas de syphilis traitée seulement pendant la grossesse, 24 cas ont été traités depuis le début.

Sur ces 24 cas, il y a 17 bons résultats, 6 médiocres et 1 seul mauvais résultat.

Sur les autres 59 cas traités tardivement, il y a 7 mauvais résultats, 19 médiocres et seulement 35 bons résultats.

On voit donc qu'il faut commencer le traitement très précocement, avant la gestation si possible.

Le meilleur exemple est l'observation suivante (2.058 de l'année 1933, au dispensaire-annexe de Lariboisière) : Une femme commence à faire le traitement étant enceinte, mais ne le continue pas; elle accouche d'un enfant mort-né. Le 12 mai 1934, elle revient enceinte de 5 mois. Elle suit un traitement régulier et accouche d'un enfant à terme, paraissant normal.

B) PROPHYLAXIE SOCIALE

N'importe quelle femme a besoin d'une assistance médicale pendant la gestation, mais tandis que certaines femmes ont les ressources nécessaires pour se la procurer, la majeure partie sont privées de ressources et sont obligées de recourir à l'Etat ou à l'initiative privée.

D'autre part on sait le rôle prépondérant que joue le surmenage dans l'étiologie de l'accouchement prématuré et la nécessité du repos quelque temps avant la grossesse, au minimum deux mois. En plus des facteurs économiques, il y a encore un facteur psychologique : faire connaître aux femmes l'hygiène de la grossesse.

On peut donc diviser la prophylaxie sociale en deux parties :

1° D'une part, l'assistance par des moyens économiques, due soit à l'initiative privée, soit à l'Etat.

2° D'autre part, il y a une prophylaxie sociale due à des moyens d'ordre éducatif.

1° PROTECTION SOCIALE PAR DES MOYENS ECONOMIQUES

La protection sociale a pour but de procurer aux femmes, pendant la gestation et après le repos nécessaire et l'assistance matérielle.

a) Institutions privées :

Maisons maternelles : on y admet les filles-mères et toutes celles privées de ressources. La Ville de Paris en possède huit, dont le plus ancien est l'asile Rolland (1890).

Mutualités maternelles : Créées pour la première fois en France par Félix Poussineau, en 1891, elles sont des sociétés de secours réciproque, ayant comme principe d'associer les mères riches aux mères pauvres, avec une contribution en rapport avec leur fortune, et comme but de secourir les femmes enceintes.

Avant l'accouchement, les mutualités maternelles obligent les femmes à se soumettre à des examens répétés du médecin. Après l'accouchement, les mutualités maternelles accordent à la mère une indemnité suffisante pour un repos de quatre semaines.

Le fonctionnement est assuré par des dames visiteuses. Les médecins surveillent la mère pendant la grossesse et les suites de couches.

Actuellement, notre maître, M. Devraigne, est le président de la Mutualité maternelle de Paris.

Bons résultats, car dans certaines régions, elles ont réduit la mortalité infantile de 50 %.

Les mutualités maternelles ont encore un but, celui-ci moral. C'est qu'elles tâchent à ne pas habituer la mère à abuser de l'assistance médicale complètement gratuite.

Allocations familiales et Caisses de compensation :

Les allocations familiales consistent dans des sommes fixes, versées par les patrons dans le compte de leurs fonctionnaires et ouvriers, chefs de famille et ne dépendant pas de leur salaire, dont elles ne représentent que le supplément. Elles ont un désavantage car les patrons n'engagent plus que des ouvriers sans enfants. C'est pourquoi on a créé des Caisses de compensation. La Caisse de compensation est un organe collectif de tous les patrons d'une région, qui payent chacun une cotisation en rapport avec le nombre des ouvriers et répartissent de la sorte les charges pécuniaires. Dues à l'initiative d'un industriel de Grenoble, appelé Romanet, elles ont pris une grande extension en France, car, en 1929, on compte 210 caisses avec 1.420.000 salariés. Elles fondent des maternités, consultations prénatales, dispensaires antisiphilitiques, infirmières visiteuses, etc. Inconvénients : on ne paye aucune indemnité à la femme pendant l'interruption du travail, et l'allocation étant un corollaire du contrat de travail, la résiliation de ce dernier entraîne la suppression de l'allocation.

Ces œuvres, dues à l'initiative privée, ont l'inconvénient de n'agir que dans une partie de la population, où l'élément rural est presque absent.

b) *Protection matérielle par l'Etat :*

Depuis le XVIII^e siècle, date de naissance de la grande industrie, la production par des forces mécaniques a pris un très grand développement et a eu comme résultat l'appel aux femmes. Ceci a eu comme résultat un surmenage de la femme pendant la grossesse, et l'Etat s'est vu dans l'obligation de protéger la femme enceinte, ouvrière des usines.

Mais, à côté de l'ouvrière des usines, qui bénéficie de ces lois, il existe encore les ouvrières à domicile, qui, selon M. Lévy-Solal, étaient au nombre de 250.000 dans la seule ville de Paris, en 1918, et qui sont obligées de travailler plus longtemps pour un salaire inférieur à celles des usines, et dans des conditions misérables d'habitation et nourriture.

L'Etat ne se préoccupe presque pas de ces ouvrières, de même que de celles du milieu rural.

Voyons quelles étaient les étapes de la législation de la protection de l'ouvrière enceinte.

En 1887, Albert de Mun dépose à la Chambre un projet de loi demandant l'interdiction de travail, pendant six semaines, pour les femmes venant d'accoucher. En 1891, Brousse propose le premier une indemnité

pendant ce repos, et ce ne fut qu'en 1913 que furent votées les premières lois de protection maternelle.

Pour que les lois de protection maternelle aient une valeur, il faut qu'elles accordent une allocation compensatrice de la perte du salaire, ce qui a été reconnu encore par la Convention Nationale de 1793. Mais le premier essai fut la Loi fédérale suisse du 23 mai 1877, qui interdisait le travail de la femme enceinte pour une période de huit semaines, dont quatre avant et quatre après l'accouchement. Cette loi a été inopérante, justement pour ce motif qu'elle n'accordait aucun secours compensant la perte du salaire, et elle fut complétée en 1912 par l'assurance-maladie, qui donne droit aux prestations habituelles.

En France, la loi Engerand, du 27 mai 1909, donne droit à un repos, qui est *facultatif*, et de plus n'accorde aucun secours. Elle n'a de valeur que par le fait qu'elle garantit le droit de conserver son emploi.

La première loi qui accorde une allocation est la loi de Paul Strauss, du 17 juin 1913, complétée par celle du 2 décembre 1917. « Pour les femmes françaises, privées de ressources nécessaires, le repos ne peut, tant pour la période qui précède que pour celle qui suit les couches, être maintenue à une durée totale supérieure à huit semaines. » L'allocation en 1930 est de 2 fr. 50 minimum; maximum : 7 fr. 50 par jour. De plus, cette allocation ne serait accordée que si la femme observe tout le repos nécessaire. Inconvénients de cette loi : période de repos trop courte, et secours insuffisant.

Enfin, en 1930, fut votée la loi des Assurances sociales.

Avantages de cette loi. — Le repos est prolongée à six semaines avant l'accouchement. De même, l'obligation d'observer les prescriptions du médecin et de se présenter aux consultations prénatales, sous peine de suppression de l'allocation.

Désavantages. — 1° L'inégalité de traitement entre l'assurée sociale et la femme d'assuré. Pour bénéficier, la femme a la ressource de s'affilier à une caisse comme assurée facultative, mais cela entraînera un surplus de dépenses pour la famille, qui n'est pas toujours accepté ou possible; 2° de même, comme la Conférence de l'Assurance-Maternité des 18-19 juin 1932 en a émis le vœu, il faudra « que les assurées et femmes d'assurés soient dispensées de toute participation financière aux prestations en nature de l'assurance-maternité ».

2° PROPHYLAXIE SOCIALE PAR DES MOYENS D'ORDRE EDUCATIF

On sait qu'il existe un surmenage obligatoire, qui est dû à la pauvreté, et contre lequel on ne peut lutter qu'avec des armes économiques. Mais il y a aussi un surmenage, dû à l'ignorance de ses méfaits et celui-ci surtout à la campagne, où même des femmes aisées travaillent aux travaux des champs jusqu'au moment

de leur accouchement. Contre ce surmenage, il faut lutter par une éducation médicale de la population. De même, par une propagande bien faite, on doit montrer aux femmes les avantages des consultations prénatales. Il y a donc plusieurs notions qu'on doit faire pénétrer dans la population, surtout la nécessité d'une surveillance médicale anté-natale.

On peut arriver à ce but par plusieurs moyens :

a) *Propagande* au moyen des feuilles volantes, brochures éducatives, de l'hygiène de la grossesse, la T.S.F., projections cinématographiques, etc...

C'est dans cet esprit éducatif du grand public, que notre maître, M. Devraigne, a fait trois films : 1) *La future maman*; 2) *Il était une fois trois amies*; 3) *Le voile sacré*. Ces films rendent un grand service aux personnes assistant à leur projection, en leur faisant connaître l'hygiène de la grossesse, d'une manière distractive et facile à retenir.

Mais si ces moyens sont bien acceptés dans les villes, on tient peu compte d'eux à la campagne. C'est là leur désavantage.

b) *Education* : de l'âge scolaire — le mieux étant réalisé aux Etats-Unis —, mais surtout plus tard doivent être développés dans les écoles normales d'institutrices, écoles primaires supérieures et écoles normales d'instituteurs. « Les membres de l'enseignement primaire, qui remplissent souvent la fonction de secrétaire de mairie, peuvent jouer un rôle important à ce point de vue, plus

encore par les renseignements qu'ils donnent aux adultes, que par les leçons qu'ils apprennent aux enfants. » (M. R. Debré et P. Joannon : *La Mortalité infantile et la Mortinatalité.*)

c) Auprès des mères il y a les *infirmières visiteuses*. Elles agissent par le contact direct, les recommandations, des conseils donnés au dispensaire, l'examen de chaque situation, et peuvent faire pénétrer dans l'esprit des femmes certaines notions relatives à l'hygiène de la grossesse. Mais elles manquent encore à la campagne, où on a tant besoin d'elles pour créer cet état d'esprit favorable à l'hygiène.

CONCLUSIONS

1° Le nombre des accouchements prématurés est assez grand, car sur 5.302 accouchements, qui ont été faits à la Maternité de Lariboisière pendant les années 1933 et 1934, 902 accouchements ont été prématurés (enfants de plus de 1.000 gr. et moins de 3.000 gr.), donc 17,30 % du nombre total d'accouchements.

2° L'importance pronostique de ces accouchements prématurés est grande par le fait du pourcentage élevé de la mortalité infantile, qui les menacent en particulier dans les premiers jours de la vie.

3° L'accouchement prématuré peut relever :

De causes médicales au premier rang desquelles il faut placer la syphilis acquise ou héréditaire, puis l'albuminurie, la gemellité, l'insertion basse du placenta, la tuberculose ;

De causes sociales : c'est au surmenage physique pendant la grossesse qu'il convient d'attribuer le plus grand rôle.

4° Pour lutter efficacement contre la prématurité fœtale, il convient non seulement de dépister et de

traiter ses causes médicales, mais encore de chercher à améliorer les conditions de protection maternelle pendant la gestation et de développer les procédés d'éducation médicale des femmes.

VU : *Le Président de la Thèse :*
COUVELAIRE.

VU : *Le Doyen :*
G. ROUSSY.

VU et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BACHIMONT. — Thèse de Paris, 1898.

G. BANU. — *Hygiène sociale de l'enfance*.

COMBY. — Rapport au X^e Congrès international d'hygiène et démographie, Paris, 1900.

A. COUVELAIRE. — Article « Obstétricie Sociale » dans le Traité de Médecine, Coll. Sergent.

A. COUVELAIRE, P. LEREBoullet et LACOMME. — *Etude sur la mortalité précoce des nouveaux-nés* (Nourisson, 1932).

R. DEBRÉ, P. JOANNON et M.-T. CRÉMIEUX. — *La mortalité infantile et la mortinatalité* (Alcan, 1933).

LÉVY-SOLAL. — *Protection de l'ouvrière enceinte* (Rapport dans l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles, septembre 1919).

L. MONTAGNE. — Thèse de Paris, 1931.

MORIN. — *Dépistage de la syphilis dans une maternité* (Thèse, Paris, 1932).

NGUYEN-HAI. — *L'accouchement prématuré* (Thèse de Paris, 1931).

PERRIGAULT. — *Nécessité de développer les consultations pour femmes enceintes* (Thèse de Paris, 1923).

PINARD. — Rapport au X^e Congrès international d'hygiène et démographie, Paris, 1900.

F. ROUSSY. — *Contribution à l'étude de l'étiologie et du pronostic immédiat de la prématuration* (Thèse de Paris, 1933).

B. SÉROPIAN. — *Fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré* (Thèse de Paris, 1907).

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Définition	12
Proportion d'accouchements prématurés.....	14
Etiologie	15
Prophylaxie d'accouchements prématurés.....	25
<i>a)</i> Prophylaxie médicale	26
<i>b)</i> Prophylaxie sociale	33
Conclusions	40
Bibliographie	42

Imprimerie Spéciale de la Librairie RODSTEIN, Paris

